

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom :

SOUHAIL ABDELMAJID

Matricule :

5552

N° CIN :

464325

Adresse :

Habituelle

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant
**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE : 0017109690000118

N° INPE : 091046169

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Diabète sucre

CG = 1.13

HBALC

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :

ADD

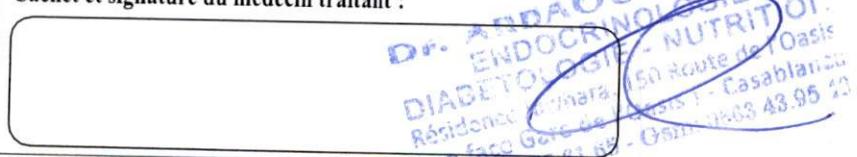
+ JUSUL



Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Casablanca le 21/06/2023

Cachet et signature du médecin traitant :



\*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées



**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :  
VALIDE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom : Dr Nouhad Abdellmajid

Matricule : 5552

N° CIN : 1764325

Adresse : Habituelle

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne : Dr Nouhad JARDI  
Cardiologue  
3, Bd Oum Rabia, 2<sup>e</sup> étage  
Hassani - Casablanca  
Tél. : 0522-22-78-18 / Fax : 0522-22-78-19

Spécialité :

N° ICE : N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. Dr Nouhad Abdellmajid

Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

HTA avec HVG modéré

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Fa pectanax 5 mg 1/2, 15 g (2x1/j)  
Adylin 5 mg (1x1/j)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : CASAB le 10/06/2023

Cachet et signature du médecin traitant :



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées



**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :**  
**VALIDE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

**Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit**

Nom et prénom : **SOUHAÏL**

**ABDELMAJID**

Matricule : **5552**

N° CIN : **H64325**

Adresse : **Habituelle**

Bénéficiaire de soins :  Adhérent  Conjoint  Enfant

**Partie réservée au médecin traitant**

Je soussigne :

Spécialité :

N° ICE :

N° INPE :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Nécessitant un traitement d'une durée :  < 3 mois  Entre 3 et 6 mois  À vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

**HIA dans HVG , Diabète , dyslipidémie**

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

**Netollet 5 g (1/2 cp)  
Ex-fuge 10 mg (1cp)  
Cardizem 100 mg (1cp); Corazol 100 mg (1cp)**

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **CASA** le **19/06/2023**

Cachet et signature du médecin traitant :



En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées